

Originalni naučni rad

Nejednakosti u korišćenju usluga doktora porodične medicine i doktora specijaliste u Republici Srpskoj

Slađana Šiljak¹, Janko Janković², Jelena Niškanović¹, Slavenka Janković³

¹Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

²Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija

³Institut za epidemiologiju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod. Nejednakosti u korišćenju usluga zdravstvene zaštite postoje širom svijeta. Cilj rada je ispitivanje uticaja demografskih, socijalno-ekonomskih nejednakosti, nejednakosti u stilu života i zdravstvenom stanju na korišćenje usluga doktora porodične medicine i specijaliste u Republici Srpskoj, Bosna i Hercegovina.

Metode. Ova studija je dio Nacionalnog istraživanja zdravlja stanovništva Republike Srpske provedenog 2010. godine. Od 4673 osobe uzrasta 18 i više godina identifikovane u anketiranim domaćinstvima, 4128 je intervjuisano (1906 muškaraca i 2222 žena). Multivarijantna logistička regresiona analiza je korišćena za procjenu uticaja različitih varijabli na korišćenje usluga primarne i specijalističke zdravstvene zaštite.

Rezultati. U poređenju sa muškarcima, viši procenat žena je koristio usluge doktora porodične medicine [unakrsni odnos (UO) = 1,34; 95% interval povjerenja (95% IP) = 1,13–1,60], dok je suprotno kada je u pitanju korišćenje usluga doktora specijaliste (UO = 0,62; 95% IP = 0,49–0,77). Ljudi sa nižim obrazovanjem su posjećivali doktora porodične medicine rjeđe nego visoko obrazovani. Nema značajnih socijalnih nejednakosti u korišćenju usluga doktora porodične medicine i specijaliste u Republici Srpskoj. Osobe sa hroničnim nezaraznim oboljenjima u poređenju sa onima bez ovih oboljenja su češće koristile usluge doktora porodične medicine (UO = 3,90; 95% IP = 3,22–4,73). Muškarci i žene koji procjenjuju svoje zdravlje kao dobro su koristili usluge doktora porodične medicine i specijaliste značajno rjeđe u odnosu na one koji procjenjuju svoje zdravlje kao loše.

Zaključak. Postoje značajne demografske, socijalno-ekonomske nejednakosti, kao i nejednakosti u životnom stilu i zdravstvenom stanju osoba koje koriste usluge doktora porodične medicine i specijaliste u Republici Srpskoj. Smanjivanje nejednakosti u korišćenju zdravstvenih usluga u Republici Srpskoj je prioritet u budućnosti.

Ključne riječi: korišćenje zdravstvenih usluga, doktor porodične medicine, doktor specijalista, istraživanje zdravstvenog stanja, Republika Srpska

Adresa autora:
Dr sc. med. Slađana Šiljak
Jovana Dučića 1, 78 000 Banja Luka
sladjanaps@gmail.com

Uvod

Nejednakosti u korišćenju usluga zdravstvene zaštite su prisutne širom svijeta [1,2], a od posebnog značaja su naročito u zemljama u tranziciji, među kojima je i naša zemlja, jer su u posljednje dvije decenije zabilježene značajne demografske i socijalno-ekonomske promjene, kao i promjene u zdravstvenim sistemima ovih zemalja [2].

Evidentne su razlike u polu i starosti u pogledu korišćenja usluga primarne zdravstvene zaštite [3]. Žene obavljaju u većem procentu dijagnostičke i konsultacijske usluge u poređenju sa muškarcima. Takođe, stariji imaju veću potrebu za korišćenjem usluga primarne zdravstvene zaštite, što je posebno izraženo kod postojanja hroničnih oboljenja [4].

U istraživanju sprovedenom u devet evropskih zemalja pokazano je da nema značajne razlike u korišćenju usluga primarne zdravstvene zaštite između manje i više obrazovanih, kao i između siromašnijih i onih sa boljim uslovima stanovanja [5,6]. Lošiji pristup uslugama doktora medicine na primarnom nivou ostvarivanja zdravstvene zaštite je evidentan kod siromašnijih slojeva stanovništva [2,7]. Usluge specijalističke zdravstvene zaštite koriste češće obrazovaniji stanovnici i oni koji žive u boljim uslovima u odnosu na stanovnike koji imaju niži nivo obrazovanja i žive u lošijim uslovima stanovanja [5,8].

Nejednakosti u korišćenju usluga zdravstvene zaštite postoje i u stanju izražene medicinske potrebe koja je rezultat postojanja zdravstvenih problema hronične etiologije [9]. Pored izraženih hroničnih tegoba, siromašniji slojevi stanovništva rjeđe posjećuju ljekara specijalistu, uprkos povećanoj potrebi za tim [9].

U zdravstvenom sistemu Republike Srpske usluge doktora porodične medicine, tj. porodičnog doktora se pružaju na primarnom nivou zdravstvene zaštite kroz kontinuiranu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu pojedinaca, porodice i zajednice, u skladu sa međunarodno definisanim smjernicama [10,11]. Specijalističke usluge su dostupne bolesnicima u konsultativno specijalističkim ambulanta-
ma na primarnom nivou i u specijalističkim

ambulantama, specijalističkim centrima i bolnicama na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite [11,12].

U javno-zdravstvenim politikama i strategijama u Republici Srpskoj nije posvećena dovoljna pažnja socijalno-ekonomskim nejednakostima u korišćenju usluga zdravstvene zaštite.

Cilj rada je ispitati uticaj demografskih, socijalno-ekonomskih nejednakosti, te nejednakosti u životnom stilu i zdravstvenom stanju ispitanika na korišćenje usluga doktora porodične medicine i doktora specijaliste u Republici Srpskoj.

Metode rada

Ova studija je dio Nacionalnog istraživanja zdravlja stanovništva Republike Srpske koje je sproveo Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske 2010. godine uz finansijsku i profesionalnu podršku Svjetske banke. Istraživanje je urađeno po tipu studije presjeka, a jedinice posmatranja su domaćinstva i odraslo stanovništvo od 18 godina i više. Uzorak je stratifikovani, slučajni, dvoetajni gdje su jedinice prve etape popisni krugovi stratifikovani po tipu naselja (gradsko i seosko) i pet geografskih područja. Jedinice druge etape su domaćinstva. Od 1866 domaćinstava odabranih za uzorak, 1779 je anketirano sa stopom odgovora 95,3%. U anketiranim domaćinstvima identifikovane su 4673 osobe uzrasta 18 godina i više od kojih je 4128 intervjuisano (1906 muškaraca i 2222 žene) sa stopom odgovora 88,3%. Ova studija je odobrena od strane Etičkog odbora Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske. Svi ispitanici su informisani o studiji i dali su pismeni pristanak za učešće u istraživanju.

Podaci o demografskim i socijalno-ekonomskim karakteristikama ispitanika, njihovom zdravstvenom stanju, zdravstvenom ponašanju i korišćenju usluga doktora medicine i specijaliste dobijeni su anketiranjem metodom intervjua "licem u lice" u kući ispitanika. Anketiranje su sproveli prethodno obučeni javnozdravstveni radnici. Korišćeni su upitnik za domaćinstvo i upitnik za odrasle

osobe.

Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike (starost, pol, tip naselja, bračni status, obrazovanje i radni status) ispitanika su nezavisne varijable korišćene u istraživanju. Tip naselja je kategorisan kao gradsko i seosko područje, a bračni status je kategorisan u dvije grupe, oni koji žive u bračnoj/vanbračnoj zajednici i oni koji žive sami. Obrazovanje je kategorisano kao niže (bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna škola), srednje (tri ili četiri godine srednjeg obrazovanja) i visoko (viša i visoka škola/fakultet). Radni status je kategorisan kao zaposleni, nezaposleni i neaktivni (penzionisani, domaćice, studenti, bolesni i invalidi).

Sem obrazovanja i zaposlenja, kao mjera socijalno-ekonomskog stanja upotrebljena je i varijabla indeks blagostanja [13]. Varijable uključene u indeks blagostanja reprezentuju socijalno-ekonomski status domaćinstva (glavni materijal od koga je sačinjen pod, krov i zidovi stambenog prostora, izvor pijaće vode i vodosnabdijevanja, izvor energije za grijanje, broj spavaćih soba po domaćinstvu, posjedovanje frižidera, televizora u boji, klima uređaja, mašine za pranje rublja, mašine za suđe, auta, mobilnog telefona, kompjutera i pristup internetu). Za izračunavanje indeksa blagostanja korišćene su faktorska analiza i metoda glavnih komponenata, uz pomoć „Varimax” ortogonalne rotacije [2]. Na osnovu standardnog skora indeksa blagostanja svi ispitanici su svrstani u tri socijalno-ekonomske grupe (najsiriromašniji i siromašni, srednji sloj, bogati i najbogatiji).

Stil života je predstavljen sljedećim varijablama: pušenje (pušač/bivši pušač/nepušač), sedmično konzumiranje alkohola (da/ne), dnevno konzumiranje voća i povrća (da/ne) i fizička aktivnost (dobra/prosječna/loša). Varijable koje reprezentuju potrebu za korišćenjem usluga zdravstvene službe su samoprocjena zdravlja (loše, osrednje, dobro) i prisustvo hroničnih oboljenja u posljednjih 12 mjeseci (da/ne).

Visina i težina ispitanika su mjerene u laganoj odjeći i bez cipela, a indeks tjelesne mase je izračunat kao odnos tjelesne mase i kvadrata tjelesne visine i klasifikovan u tri kategorije:

normalno uhranjeni (18-24,9 kg/m²), prekomjerno uhranjeni (25-29,9 kg/m²) i gojazni (sa i preko 30 kg/m²).

Zavisne varijable korišćene u istraživanju su posjeta doktoru porodične medicine i specijalisti u posljednjih 12 mjeseci, dihotomizovane u dvije kategorije (koristi/ne koristi usluge doktora medicine, odnosno specijaliste).

Podaci su analizirani metodama deskriptivne statistike i bivarijantne i multivarijantne logističke regresione analize. Za ispitivanje povezanosti pola i ostalih varijabli korišćen je hi-kvadrat test. Bivarijantnom i multivarijantnom logističkom regresijom je ispitan uticaj demografskih, socijalno-ekonomskih i varijabli životnog stila i zdravstvenog stanja na korišćenje usluga doktora medicine i specijaliste u zdravstvenom sistemu Republike Srpske.

U radu su prikazani unakrsni odnosi (UO) i 95-postotni intervali povjerenja (95% IP). Vjerovatnoća $p < 0,05$ je vrijednost koja je uzeta kao statistički značajna. Statistička obrada podataka je urađena u programu SPSS, verzija 17.0.

Rezultati

Distribucija demografskih i socijalno-ekonomskih karakteristika ispitanika po polu prikazana je u tabeli 1. Od 4128 ispitanika obuhvaćenih istraživanjem, više od polovine su žene (53,8%) prosječne starosne dobi 51 godina. Najveći procenat žena je stariji od 65 godina (25,9%), dok su muškarci u najvećem procentu starosti od 45 do 54 godine (21,2%) i preko 65 godina (21,2%) (Tabela 1).

Više od polovine stanovnika živi u ruralnim dijelovima Republike Srpske (58,5%), nešto više muškaraca (59,1%) nego žena (57,9%), mada razlika između polova nije statistički značajna.

Značajno više muškaraca nego žena živi u bračnoj zajednici. U poređenju sa muškarcima, više je žena bez škole sa nepotpunom osnovnom i osnovnom školom, dok je više muškaraca sa srednjom, višom i visokom školom, i te razlike su statistički značajne. Najveći procenat muškaraca je zaposlen (39,1%) za razliku od žena čiji je radni status kod više od

Tabela 1. Distribucija demografskih i socijalno-ekonomskih karakteristika ispitanika po polu

Varijabla	Ukupno		Muškarci		Žene		P
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
	4128	100	1906	46,1	2222	53,8	0,438
Godine starosti (X±SD)	50,2±17,6		49,3±17,1		51,0±17,9		0,002**
18-24	371	8,9	176	9,2	195	8,7	0,009*
25-34	560	13,5	264	13,8	296	13,3	
35-44	645	15,6	317	16,6	328	14,7	
45-54	822	19,9	404	21,2	418	18,8	
55-64	748	18,1	340	17,8	408	18,3	
65+	982	23,8	405	21,2	577	25,9	
Tip naselja							
Urbano	1712	41,5	778	40,8	934	42,0	0,438*
Ruralno	2415	58,5	1127	59,1	1288	57,9	
Bračno stanje							
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/ica	1400	34,0	582	30,6	818	36,9	0,000*
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	2716	65,9	1319	69,4	1397	63,1	
Obrazovanje							
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna škola	1685	40,8	557	29,2	1128	50,8	0,000*
Srednja škola	2047	49,6	1123	59,0	924	41,6	
Viša i visoka škola	391	9,4	223	11,7	168	7,5	
Radni status							
Neaktivan	1916	46,4	633	33,2	1283	57,8	0,000*
Nezaposlen	982	23,8	526	27,6	456	20,5	
Zaposlen	1226	29,7	746	39,1	480	21,6	
Indeks blagostanja (X±SD)	3,18±1,38		3,21±1,38		3,15±1,38		0,169**
Kvintili blagostanja							
Najbogatiji	822	19,9	389	20,4	450	20,3	0,594*
Bogati	831	20,1	396	20,8	455	20,5	
Srednji sloj	823	19,9	374	19,6	449	20,2	
Siromašni	825	20,0	370	19,4	435	19,6	
Najsiromašniji	827	20,0	377	19,8	433	19,5	

*Hi kvadrat; **t-test

Tabela 2. Korišćenje usluga doktora porodične medicine i doktora specijaliste po polu

Vrsta usluge	Ukupno		Muškarci		Žene		P*
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
	4127	100	1905	46,1	2222	53,8	
Doktor porodične medicine							
Ne	1722	44,0	918	51,6	804	37,7	0,000
Da	2188	55,9	860	48,4	1328	62,3	
Specijalista							
Ne	1203	54,9	414	48,1	789	59,4	0,000
Da	985	45,0	446	51,8	539	40,6	

*Hi kvadrat test

polovine neaktivan (57,8%).

U pogledu distribucije stanovništva prema kvintilima blagostanja nema statistički značajne razlike između muškaraca i žena.

U toku posljednjih 12 mjeseci više od polovine stanovnika Republike Srpske je koristilo usluge doktora porodične medicine, tj. primarne zdravstvene zaštite (55,9%) i to značajno više žene (62,3%) nego muškarci (48,4%). Specijalističke usluge je koristilo 45,0% stanovnika, značajno više osoba muškog (51,8%) nego ženskog (40,6%) pola (Tabela 2).

U tabeli 3 su dati rezultati ispitivanja povezanosti karakteristika ispitanika sa korišćenjem usluga doktora porodične medicine, za sve stanovnike i odvojeno za muškarce i žene.

Usluge doktora porodične medicine koristile su značajno više žene (UO = 1,34) u odnosu na muškarce (Tabela 3).

Između tipa naselja i korišćenja usluga doktora porodične medicine uočena je statistički značajna povezanost samo kod žena. Žene iz grada su češće koristile usluge porodičnog doktora nego žene iz sela (UO = 1,24). Uzrast je nezavisno povezan sa korišćenjem usluga porodičnog doktora samo kod žena. Starije žene su rjeđe koristile usluge porodičnog doktora u odnosu na mlađe žene (UO = 0,98).

Žene koje ne žive u bračnoj zajednici rjeđe su koristile usluge porodičnog doktora (UO = 0,69) od žena koje žive u bračnoj zajednici. Nivo obrazovanja je obrnuto proporcionalan sa korišćenjem usluga porodičnog doktora samo kod osoba muškog pola. Muškarci bez škole ili sa nepotpunom osnovnom školom (UO = 0,54), kao i oni sa srednjom školom (UO = 0,50) rjeđe su koristili usluge porodičnog doktora u odnosu na muškarce sa višom školskom spremom.

Osobe muškog pola čiji je radni status neaktivan su 1,7 puta češće koristile usluge porodičnog doktora u odnosu na nezaposlene i zaposlene muškarce. Kada su u pitanju žene, nije bilo statistički značajne razlike.

Pušači su rjeđe koristili usluge porodičnog doktora (UO = 0,81) u odnosu na nepušače, dok su bivši pušači te usluge koristili 1,3 puta češće u odnosu na nepušače. Prema rezultatima bivarijantne analize, osobe koje

konzumiraju alkohol su dvostruko rjeđe koristile usluge porodičnog doktora u odnosu na one koji ga ne konzumiraju (UO = 0,58).

Fizički aktivne osobe ženskog pola koje procjenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru su za 47,0% rjeđe koristile usluge doktora porodične medicine (UO = 0,53) u odnosu na žene koje procjenjuju svoju aktivnost kao lošu (Tabela 3).

Svakodnevno konzumiranje povrća i voća nije uticalo na korišćenje usluga doktora porodične medicine, dok je između gojaznosti i korišćenja usluga doktora porodične medicine uočena samo zavisna povezanost. Gojazni dva puta češće koriste usluge porodičnog doktora nego normalno uhranjeni. Osobe koje imaju jednu ili više hroničnih nezaraznih bolesti skoro 4 puta češće koriste usluge doktora porodične medicine u odnosu na osobe koje nemaju nezarazne bolesti, kako muškarci (UO = 4,37), tako i žene (UO = 3,74).

Osobe koje procjenjuju svoje zdravlje kao dobro značajno rjeđe posjećuju doktora porodične medicine (UO = 0,39) u odnosu na one koji procjenjuju svoje zdravlje kao loše, i to kako muškarci (UO = 0,44), tako i žene (UO = 0,32) (Tabela 3).

U tabeli 4 su prikazani rezultati ispitivanja povezanosti karakteristika ispitanika sa korišćenjem usluga doktora specijaliste (u daljem tekstu specijalističke usluge), za sve stanovnike i odvojeno za muškarce i žene. Specijalističke usluge su koristile značajno rjeđe žene u odnosu na muškarce (UO = 0,62). Nije uočena statistički značajna povezanost između uzrasta i tipa naselja sa korišćenjem specijalističkih usluga.

Osobe bez, sa nepotpunom i završenom osnovnom školom su značajno rjeđe koristile usluge specijaliste (UO = 0,68) od osoba sa višom i visokom školom.

Samo zavisna statistički značajna povezanost postoji između radnog statusa i korišćenja usluga specijaliste. Neaktivni muškarci su i značajno češće od nezaposlenih koristili usluge specijaliste (UO = 1,58), dok kod žena nema statistički značajne povezanosti (Tabela 4).

Tabela 3. Karakteristike ispitanika povezane sa korišćenjem usluga doktora porodične medicine po polu

Varijabla	Ukupno		Muškarci		Žene	
	UO (95% IP) ^a	UO (95% IP) ^b	UO (95% IP) ^a	UO (95% IP) ^b	UO (95% IP) ^a	UO (95% IP) ^b
Ženski pol	1,76 (1,55-2,00)**	1,34 (1,13-1,60)**	-	-	-	-
Urbano naselje	1,09 (0,96-1,24)	1,13 (0,96-1,33)	1,11 (0,92-1,35)	1,02 (0,80-1,31)	1,05 (0,88-1,26)	1,24 (1,00-1,54)*
Godine života	1,03 (1,03-1,04)**	0,99 (0,99-1,00)	1,04 (1,03-1,05)**	1,00 (0,99-1,01)	1,03 (1,02-1,03)**	0,98 (0,97-0,99)**
Neozženjen/a, razveden/a, udovac/ica	0,78 (0,68-0,89)**	0,71 (0,60-0,83)**	0,58 (0,47-0,62)**	0,90 (0,68-1,19)	0,88 (0,73-1,06)	0,69 (0,56-0,86)**
Bez škole, nepotpuna, osnovna škola	1,18 (0,93-1,49)	0,63 (0,46-0,85)**	0,64 (0,46-0,90)*	0,54 (0,35-0,84)**	1,83 (1,31-2,55)**	0,95 (0,61-1,49)
Srednja škola	0,57 (0,45-0,52)**	0,66 (0,51-0,86)**	0,37 (0,27-0,50)**	0,50 (0,34-0,72)**	0,94 (0,67-1,32)	0,99 (0,67-1,45)
Zaposlen	1,12 (0,94-1,34)	1,10 (0,89-1,35)	1,34 (1,05-1,71)*	1,33 (0,99-1,78)	1,02 (0,78-1,33)	1,06 (0,78-1,43)
Neaktivan	2,81 (2,38-3,31)**	1,38 (1,12-1,70)**	4,15 (3,21-5,35)**	1,73 (1,24-2,40)**	1,86 (1,49-2,33)**	1,15 (0,87-1,52)
Srednji sloj	1,06 (0,89-1,26)	0,94 (0,77-1,16)	0,37 (0,27-0,50)**	1,00 (0,73-1,36)	1,07 (0,84-1,35)	0,89 (0,68-1,18)
Siromašni i najsromašniji	1,26 (1,091,45)**	0,94 (0,78-1,13)	1,26 (1,02-1,55)*	1,00 (0,76-1,32)	1,24 (1,02-1,51)*	0,86 (0,67-1,11)
Pušač	0,65 (0,56-0,75)**	0,81 (0,68-0,96)*	0,77 (0,62-0,95)*	0,78 (0,60-1,01)	0,71 (0,58-0,87)**	0,79 (0,62-1,01)
Bivši pušač	1,38 (1,14-1,68)**	1,30 (1,03-1,63)*	2,00 (1,55-2,58)**	1,19 (0,87-1,63)	1,25 (0,91-1,73)	1,20 (0,83-1,72)
Konsumacija alkohola	0,58 (0,50-0,68)**	0,86 (0,71-1,05)	0,76 (0,63-0,92)**	0,86 (0,69-1,09)	0,65 (0,45-0,96)*	0,86 (0,56-1,31)
Dobra fizička aktivnost	0,20 (0,15-0,25)**	0,57 (0,42-0,78)**	0,19 (0,13-0,27)**	0,63 (0,38-1,06)	0,23 (0,17-0,31)**	0,53 (0,36-0,78)**
Prosječna fizička aktivnost	0,52 (0,41-0,66)**	0,89 (0,67-1,20)	0,46 (0,31-0,68)**	0,88 (0,53-1,47)	0,59 (0,44-0,80)**	0,89 (0,62-1,27)
Predgojazni	1,34 (1,16-1,54)**	0,98 (0,82-1,16)	1,25 (1,01-1,56)*	1,00 (0,77-1,30)	1,65 (1,35-2,03)**	1,05 (0,82-1,33)
Gojazni	2,02 (1,69-2,41)**	1,03 (0,83-1,27)	1,57 (1,20-2,05)**	0,98 (0,71-1,36)	2,61 (2,04-3,33)**	1,23 (0,92-1,64)
Konsumacija povrća	0,99 (0,79-1,24)	1,02 (0,81-1,28)	1,22 (0,85-1,76)	1,18 (0,75-1,86)	0,80 (0,59-1,08)	0,72 (0,50-1,03)
Konsumacija voća	0,94 (0,79-1,13)	0,86 (0,65-1,14)	0,95 (0,72-1,26)	0,79 (0,44-1,39)	0,89 (0,70-1,04)	1,05 (0,78-1,40)
Hronična nezarazna bolest	6,46 (5,57-7,49)**	3,90 (3,22-4,73)**	7,95 (6,32-9,98)**	4,37 (3,31-5,78)**	5,14 (4,23-6,26)**	3,74 (2,85-4,91)**
Prosječno zdravlje	0,58 (0,43-0,77)**	0,77 (0,54-1,09)	0,62 (0,40-0,98)*	0,79 (0,44-1,39)	0,56 (0,38-0,82)**	0,71 (0,45-1,12)
Dobro zdravlje	0,14 (0,10-0,19)**	0,39 (0,27-0,57)**	0,15 (0,10-0,23)**	0,44 (0,24-0,79)**	0,15 (0,10-0,21)**	0,32 (0,20-0,53)**

*p < 0,05; **p < 0,01; ^abivarijantna logistička regresija; ^bmultivarijantna logistička regresija; UO = unakrsni odnos; 95% IP = 95% interval poverenja. Referentne vrijednosti: muški pol; ruralno naselje; život u zajednici; više/visoko obrazovanje; nezaposleni; bogati i najbogatiji; nepušači; nekonsumiranje alkohola; loša procjena fizičke aktivnosti; normalno uhranjeni; nekonsumiranje povrća dnevno; nekonsumiranje voća dnevno; odsustvo hroničnih nezaraznih bolesti i loša procjena zdravlja.

Tabela 4. Karakteristike ispitanika povezane sa korišćenjem usluga doktora specijaliste po polu

Varijabla	Ukupno		Muškarci		Žene	
	UO (95% IP) ^a	UO (95% IP) ^b	UO (95% IP) ^a	UO (95% IP) ^b	UO (95% IP) ^a	UO (95% IP) ^b
Ženski pol	0,63 (0,53-0,75)**	0,62 (0,49-0,77)**	-	-	-	-
Urbano naselje	1,02 (0,86-1,21)	0,99 (0,82-1,20)	0,96 (0,73-1,26)	0,87 (0,63-1,20)	1,07 (0,86-1,36)	1,10 (0,86-1,41)
Godine života	1,01 (1,00-1,01)**	1,00 (0,99-1,00)	1,01 (1,01-1,02)**	0,99 (0,98-1,01)	1,01 (1,00-1,01)**	1,00 (0,98-1,01)
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/ica	0,84 (0,70-1,01)	0,88 (0,72-1,08)	0,73 (0,53-1,00)	0,80 (0,55-1,15)	0,99 (0,79-1,25)	0,93 (0,72-1,20)
Bez škole, nepotpuna, osnovna škola	0,85 (0,64-1,14)	0,68 (0,47-0,97)*	1,04 (0,69-1,56)	0,72 (0,44-1,18)	0,93 (0,60-1,45)	0,62 (0,36-1,06)
Srednja škola	0,90 (0,68-1,21)	1,00 (0,72-1,38)	1,00 (0,68-1,47)	1,03 (0,67-1,59)	0,90 (0,57-1,42)	0,93 (0,57-1,53)
Zaposlen	1,01 (0,78-1,32)	0,90 (0,67-1,20)	0,96 (0,45-1,62)	0,94 (0,61-1,46)	0,97 (0,67-1,41)	0,87 (0,58-1,31)
Neaktivan	1,30 (1,03-1,64)*	1,02 (0,78-1,35)	1,58 (1,10-2,28)**	1,11 (0,71-1,74)	1,25 (0,92-1,69)	1,00 (0,69-1,43)
Srednji sloj	1,01 (0,80-1,27)	0,99 (0,77-1,27)	1,11 (0,76-1,62)	1,17 (0,78-1,77)	0,96 (0,71-1,30)	0,88 (0,63-1,22)
Siromašni i najsiromašniji	0,96 (0,79-1,25)	0,85 (0,68-1,06)	1,13 (0,84-1,53)	0,99 (0,69-1,42)	0,86 (0,67-1,10)	0,77 (0,58-1,02)
Pušač	1,00 (0,82-1,22)	1,01 (0,81-1,26)	0,97 (0,71-1,34)	1,02 (0,72-1,45)	0,91 (0,68-1,18)	0,97 (0,72-1,30)
Bivši pušač	1,64 (1,30-2,07)	1,29 (0,99-1,67)	1,53 (1,10-2,13)*	1,32 (0,92-1,90)	1,32 (0,91-1,91)	1,23 (0,83-1,81)
Konsumacija alkohola	1,04 (0,84-1,30)	0,93 (0,71-1,21)	0,83 (0,63-1,09)	1,03 (0,76-1,40)	0,56 (0,31-1,00)	0,64 (0,35-1,17)
Dobra fizička aktivnost	0,45 (0,35-0,57)**	0,69 (0,50-0,95)*	0,37 (0,24-0,57)**	0,65 (0,37-1,13)	0,43 (0,31-1,60)**	0,76 (0,50-1,13)
Prosječna fizička aktivnost	0,74 (0,58-0,93)*	1,01 (0,76-1,34)	0,79 (0,52-1,20)	1,16 (0,70-1,92)	0,68 (0,51-0,91)**	0,96 (0,68-1,35)
Predgojazni	1,36 (1,11-1,66)**	1,21 (0,97-1,50)	1,25 (0,91-1,72)	1,17 (0,83-1,65)	1,32 (1,01-1,71)*	1,28 (0,96-1,71)
Gojazni	1,42 (1,14-1,77)**	1,22 (0,96-1,56)	1,30 (0,89-1,90)	1,14 (0,75-1,72)	1,50 (1,13-1,97)**	1,33 (0,98-1,81)
Konsumacija povrća	0,93 (0,68-1,26)	0,93 (0,66-1,32)	1,11 (0,68-1,83)	0,88 (0,48-1,63)	0,84 (0,56-1,25)	0,90 (0,58-1,40)
Konsumacija voća	0,98 (0,77-1,25)	1,08 (0,82-1,43)	1,32 (0,87-1,99)	1,71 (1,04-2,81)*	0,85 (0,62-1,16)	0,85 (0,60-1,21)
Hronična nezarazna bolest	1,62 (1,36-1,93)**	1,06 (0,83-1,34)	1,90 (1,45-2,50)**	1,11 (0,78-1,57)	1,52 (1,20-1,91)**	1,01 (0,73-1,39)
Prosječno zdravlje	0,54 (0,42-0,71)**	0,53 (0,39-0,72)**	0,64 (0,40-1,03)	0,68 (0,39-1,19)	0,48 (0,34-0,66)**	0,46 (0,31-0,67)**
Dobro zdravlje	0,30 (0,22-0,39)**	0,30 (0,21-0,43)**	0,29 (0,18-0,46)**	0,36 (0,19-0,67)**	0,27 (0,19-0,39)**	0,25 (0,16-0,40)**

*p < 0,05; **p < 0,01; ^abivarijantna logistička regresija; ^bmultivarijantna logistička regresija; UO = unakrsni odnos; 95% IP = 95% interval poverenja. Referentne vrijednosti: muški pol; ruralno naselje; život u zajednici; više/visoko obrazovanje; nezaposleni; bogati i najbogatiji; nepušači; nekonsumiranje alkohola; loša procjena fizičke aktivnosti; normalno uhranjeni; nekonsumiranje povrća dnevno; nekonsumiranje voća dnevno; odsustvo hroničnih nezaraznih bolesti i loša procjena zdravlja.

Između indeksa blagostanja i korišćenja specijalističkih usluga ne postoji statistički značajna povezanost. Pušački status je zavisno povezan sa korišćenjem specijalističkih usluga kod muškaraca. Bivši pušači su koristili 1,5 puta češće usluge specijaliste u odnosu na nepušače.

Osobe oba pola koje procjenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru su rjeđe posjećivale doktora specijalistu (UO = 0,69) u odnosu na one čija je fizička aktivnost loša (Tabela 4).

Postoji samo zavisna povezanost između gojaznosti i korišćenja specijalističkih usluga. Gojazne žene su prema rezultatu bivarijantne analize koristile specijalističke usluge 1,5 puta češće u odnosu na normalno uhranjene.

Muškarci koji su svakodnevno konzumirali voće 1,7 puta češće su posjećivali doktora specijalistu.

Osobe sa hroničnim nezaraznim bolestima su koristile specijalističke usluge 1,6 puta češće u odnosu na osobe bez nezaraznih bolesti, ali se statistička značajnost izgubila u multivarijantnoj logističkoj regresiji.

Osobe čija je procjena zdravlja dobra su koristile značajno rjeđe specijalističke usluge u odnosu na one čije je zdravlje loše, kako muškarci (UO = 0,36) tako i žene (UO = 0,25) (Tabela 4).

Diskusija

Prikazani rezultati su pokazali da postoje značajne razlike u korišćenju usluga primarne zdravstvene zaštite, tj. usluga koje pružaju doktori porodične medicine, i usluga koje pružaju specijalisti u odnosu na demografske, socio-ekonomske i ostale karakteristike ispitanika.

Žene koriste usluge doktora porodične medicine češće nego muškarci što je u skladu sa rezultatima Bertakisa i saradnika [4], novozelandske [14] i kanadske [15] studije, a što se može objasniti pedantnijem odnosu žena prema sopstvenom zdravlju, kao i činjenicom da žene vode brigu ne samo o svom zdravlju, već i o zdravlju ostalih članova porodice [16].

Fizička dostupnost zdravstvenih usluga, naročito u urbanim sredinama, je značajan

predisponirajući faktor korišćenja zdravstvene zaštite. Usluge doktora medicine na primarnom nivou su najčešće podjednako dostupne stanovnicima gradskih i seoskih sredina [17], a u slučaju medicinske potrebe ne postoje značajne socijalno-ekonomske razlike u korišćenju usluga primarne zdravstvene zaštite [18,19]. Prema rezultatima naše studije, žene koje žive u gradskim područjima češće su koristile usluge doktora porodične medicine u odnosu na stanovnice seoskih područja. Naši nalazi odgovaraju nalazima kanadske studije u kojoj su žene iz grada češće koristile usluge doktora porodične medicine od žena sa sela [15].

U našoj studiji nivo obrazovanja je pozitivno povezan sa korišćenjem usluga doktora porodične medicine. Osobe sa nižim obrazovanjem koriste usluge doktora medicine značajno rjeđe u odnosu na osobe sa višim i visokim obrazovanjem. Rezultati studija u evropskim zemljama koje su ispitivale povezanost nivoa obrazovanja i korišćenja usluga doktora medicine su kontradiktorni. U Francuskoj i Portugaliji [20] osobe sa visokim nivoom obrazovanja koriste češće usluge doktora medicine nego niže obrazovani, dok u Belgiji i Danskoj nema značajne razlike u pogledu nivoa obrazovanja i korišćenja usluga doktora medicine [20]. Rezultati naše studije su u skladu sa rezultatima studije u Srbiji [2], Francuskoj i Portugaliji, gdje osobe sa većim nivoom obrazovanja češće koriste usluge doktora medicine [20].

Prema našim nalazima pušači značajno rjeđe koriste usluge doktora porodične medicine od nepušača, dok ih bivši pušači češće koriste. U kanadskoj studiji, takođe, pušači rjeđe koriste usluge zdravstvene zaštite u odnosu na nepušače [21], dok je u estonskoj studiji pušenje značajno povezano sa korišćenjem usluga primarne zdravstvene zaštite [22].

Za razliku od pušača, gojazne osobe u našoj studiji koriste dva puta češće usluge doktora porodične medicine u odnosu na normalno uhranjene, što je u skladu sa rezultatima estonske studije [22].

Rezultati naše studije potvrđuju da osobe koje procjenjuju svoje zdravlje kao loše češće koriste usluge doktora porodične medicine. U brazilskoj studiji procenat korišćenja uslu-

ga vanbolničke zdravstvene zaštite varira sa samoprocjenom zdravstvenog stanja, od 59,2% među onima čije je zdravlje dobro do 71,6% među onima čije je zdravlje loše [23]. Treba napomenuti da se u Brazilu pod vanbolničkom zaštitom podrazumijeva korišćenje usluga privatnog i javnog sektora finansiranog iz javnih izvora [24], dok je u Republici Srpskoj korišćenje usluga javnog sektora organizovano u obliku grupne prakse u Domovima zdravlja [11].

Osobe sa dijagnozom hroničnih nezaraznih bolesti koriste usluge doktora porodične medicine skoro četiri puta češće u odnosu na osobe koje nisu oboljele od ovih bolesti. U singapurskoj studiji, osobe sa hroničnim oboljenjima koriste čak 36 puta češće usluge primarne zdravstvene zaštite u odnosu na osobe bez ovih oboljenja [25].

Prema rezultatima naše studije, žene su koristile specijalističke usluge značajno rjeđe u poređenju sa muškarcima. Naši rezultati su u skladu sa rezultatima studije provedene u Norveškoj, gdje su žene starije od 65 godina rjeđe koristile specijalističke usluge u poređenju sa muškarcima [26]. Takođe, prema nalazima kanadske studije, muškarci su češće koristili usluge specijalističke zdravstvene zaštite [27].

Stanovnici Republike Srpske rjeđe koriste usluge specijalističke zdravstvene zaštite u odnosu na usluge doktora porodične medicine (44,9% : 55,0%), što se može objasniti činjenicom da su mehanizmi primarne zdravstvene zaštite povezani sa boljim zdravljem stanovništva, boljim pristupom zdravstvenim uslugama, boljim kvalitetom zaštite, prevencijom, ranim otkrivanjem i tretmanom stanja, te kombinovanim uticajem različitih karakteristika primarne zdravstvene zaštite koji redukuju nepotrebno korišćenje specijalističke zdravstvene zaštite [28].

Ispitujući povezanost korišćenja specijalističkih usluga sa socijalno-ekonomskim varijablama, očigledne su značajne razlike. Ispitanici sa nižim obrazovanjem su koristili usluge specijalističke zdravstvene zaštite značajno rjeđe u odnosu na visoko obrazovane. Naši

rezultati su u skladu sa rezultatima evropske studije [5], američke i kanadske studije [1,29] u kojima je dokazano da niže obrazovane osobe koriste značajno rjeđe usluge specijaliste u odnosu na više obrazovane osobe.

Prema rezultatima brojnih studija [30,31], bogatiji koriste specijalističke usluge u većem procentu u odnosu na siromašne. Rezultati naše studije pokazuju da ne postoji povezanost između indeksa blagostanja i korišćenja specijalističkih usluga.

Pozitivna povezanost pušenja i svakodnevne konzumacije pet i više porcija voća i povrća sa posjetama u specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti prikazana je u kanadskoj studiji [8]. U našoj studiji bivši pušači su koristili specijalističke usluge značajno češće u odnosu na nepušače, a muškarci koji svakodnevno konzumiraju voće 1,7 puta češće su koristili ove usluge u odnosu na osobe koje svakodnevno ne konzumiraju voće.

Sedmično konzumiranje alkohola u našoj studiji ne utiče značajno na korišćenje specijalističkih usluga, dok gojazne osobe koriste specijalističku zdravstvenu zaštitu značajno češće u odnosu na normalno uhranjene, što odgovara nalazima njemačke studije [32].

Prema rezultatima naše studije, fizički aktivne osobe rjeđe posjećuju specijalistu, dok osobe sa hroničnim nezaraznim bolestima to čine skoro dva puta češće u odnosu na osobe koje nisu oboljele od ovih bolesti, što je u skladu sa nalazima drugih studija [33,34]. Takođe, korišćenje specijalističkih usluga je značajno češće kod osoba koje procjenjuju svoje zdravlje kao loše u odnosu na one koji procjenjuju svoje zdravlje kao dobro, što odgovara nalazima španske studije [31].

Prednost naše studije je reprezentativni uzorak koji omogućava generalizaciju dobijenih rezultata na čitavo stanovništvo Republike Srpske, dok je nedostatak studije što je većina analiziranih varijabli dobijena samo iskazom ispitanika, pa je moguće da ne odlikava realnu situaciju. Međutim, rezultati naše studije su poređeni sa rezultatima drugih studija u kojima je primijenjen isti metodološki pristup.

Zaključak

U Republici Srpskoj postoje značajne, prije svega, demografske i socijalno-ekonomske razlike u korišćenju usluga zdravstvene zaštite. Žene češće koriste usluge doktora porodične medicine, a muškarci češće specijalističke usluge. Osobe sa nižim obrazovanjem rjeđe koriste usluge doktora porodične medicine i specijalističke usluge, dok ih osobe koje procjenjuju svoje zdravlje kao loše i osobe sa hroničnim nezaraznim bolestima značajno češće koriste.

Bivši pušači i gojazne osobe češće koriste usluge doktora porodične medicine i speci-

jalističke usluge u odnosu na nepušače i normalno uhranjene.

Strateški ciljevi u oblasti javnog zdravstva fokusirani na smanjivanje socijalno-ekonomskih nejednakosti u korišćenju usluga zdravstvene zaštite su prioritetni u javno-zdravstvenoj politici Republike Srpske.

Napomena. Istraživanja u ovom radu finansiralo je Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske uz finansijsku i profesionalnu podršku Svjetske banke.

Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.
The authors declare no conflicts of interest.

Literatura

1. van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ* 2000;19:553-83.
2. Jankovic J, Simic S, Marinkovic J. Inequalities that hurt: demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia. *Eur J Public Health* 2010;20:389-96.
3. Bertakis KD, Azari R, Helms Lj, et al. Gender differences in the utilization of health care services. *BMC Fam Pract* 2000;49:147-52.
4. Redondo Sendino A, Castillon Guallar P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health* 2006;6:155.
5. Stirbu I, Kunst AE, Mielck A, Mackenbach JP. Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European Countries. *BMC Health Serv Res* 2011;11:288.
6. Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care* 2001;13:117-25.
7. Šućur Z, Zrinščak S. Differences that hurt: self-perceived health inequalities in Croatia and European Union. *Croat Med J* 2007;48:653-66.
8. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res* 2007;7:41.
9. Damiani G, Federico B, Basso D, et al. Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2012; 12:99.
10. OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Data Collection on Non-Monetary Health Care Statistics. Guidelines for completing the OECD/Eurostat/WHO-Europe Questionnaire 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. Available from: <http://www.oecd.org/statistics/data-collection/Health%20Data%20-%20Guidelines%202.pdf> Accessed December 30, 2015
11. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Strategija primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske 2006. Available from: http://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/Primarna_zastita_Brosura.pdf Accessed June 27, 2015
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Službeni Glasnik Republike Srpske broj 106/09. Banja Luka: 2009. Available from : http://pedijatri.org/Libraries/Dokumenti/Zakon_o_zdravstvenoj_zastiti_R_Srpske.sflb.ashx Accessed June 20, 2015
13. Rutstein SO, Johnson K. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports No.6. Calverton, Maryland: ORC Macro; 2004. Available from: http://www.childinfo.org/files/DHS_Wealth_Index_%28DHS_Comparative_Reports%29.pdf Accessed June 29, 2015
14. Jatrana S, Crampton P. Gender differences in general practice utilisation in New Zealand. *J Prim Health Care* 2009;1:261-9.
15. Kazanjian A, Morretin D, Cho R. Health Care Organization by Canadian Women. *BMC Womens Health* 2004;4:S33.
16. Travis, CB, Meltzer AL, Howerton DM. Gender is-

- sues in health care utilization. In: Chrisler JC, McCreary DR, eds. Handbook of Gender Research in Psychology. New York: Springer; 2010. p. 517–40.
17. Veugelers PJ, Yip AM, Elliott DC. Geographic variation in health services use in Nova Scotia. *Chronic Dis Can* 2003;24:116–23.
 18. Dixon A, Le Grand J, Henderson J, et al. Is the British National Health Service equitable? The evidence on socioeconomic differences in utilization. *J Health Serv Res Policy* 2007;12:104–9.
 19. Mackenbach JP. An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands. *Int J Health Serv* 2003;33:523–41.
 20. Or Z, Jusot F, Yilmaz E. Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use. Working Paper DT No.17. Paris: IRDES. Research and Information Institute for Health Economics; 2008. Available from: <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT17ImpactHealthCareSystSocioeconomicInequalities.pdf> Accessed September 27, 2015
 21. Azagba S, Sharaf MF, Xiao LC. Disparities in health care utilization by smoking status in Canada. *Int J Public Health* 2013;58:913–25.
 22. Vals K, Kiiwet RA, Leinsalu M. Alcohol consumption, smoking and overweight as a burden for health care services utilization: a cross-sectional study in Estonia. *BMC Public Health* 2013;13:772.
 23. Szwarcwald CL, Souza-Junior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res* 2010;217.
 24. Gerschman S. Public and Private Health Insurance in Brazil and European Union Countries. *Am J Public Health Res* 2013;1:78–85.
 25. George PP, Heng BH, De Castro Molina JA, et al. Self-reported chronic diseases and health status and health service utilization - Results from a community health survey in Singapore. *Int J Equity Health* 2012;11:44.
 26. Suominen-Taipale AL, Martelin T, Koskinen S, et al. Gender differences in health care use among the elderly population in area of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey. *BMC Health Serv Res* 2006;6:110.
 27. Vegda K, Nie JX, Wang L, et al. Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice. *BMC Health Serv Res* 2009;9:217.
 28. Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Scientifica* 2012. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/scientifica/2012/432892/> Accessed September 10, 2015
 29. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;5:123–33.
 30. Hansen AH, Halvorsen PA, Ringberg U, et al. Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2012;12:336.
 31. Regidor E, Marinez D, Calle ME, et al. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res* 2008;8:183.
 32. Rosemann T, Grol R, Herman K, et al. Association between obesity, quality of life, physical activity and health service utilization in primary care patients with osteoarthritis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008;5:4.
 33. Sari N. Physical inactivity and its impact on health care utilization. *Health Econ* 2009;18:885–901.
 34. Maaten S, Kephart G, Kirkland S, et al. Chronic disease risk factors associated with health service use in the elderly. *BMC Health Serv Res* 2008;8:237.

Inequalities in use of family physician and specialist services in Republic of Srpska

Sladjana Šiljak¹, Janko Janković², Jelena Niškanović¹, Slavenka Janković³

¹Public Health Institute of the Republic of Srpska, Banja Luka, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

²Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

³Institute of Epidemiology, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

Introduction. Inequalities in the use of health care services exist all over the world. The aim of the study is to investigate the effect of demographic, socio-economic, lifestyle and health status inequalities on the use of family physician (FP) and specialist services in the Republic of Srpska (RS), Bosnia and Herzegovina.

Methods. This study was a part of the National Health Survey for the Population of RS conducted in 2010. Out of a total 4673 persons aged ≥ 18 years who were identified in the households, 4128 of them were interviewed (1906 males and 2222 females). The multivariate logistic regression analysis was used to assess the effect of different variables on the use of primary and specialty care services.

Results. In comparison with males, a higher percentage of females used FP services [odds ratio (OR) = 1.34; 95% confidence interval (95% CI) = 1.13–1.60] while it was quite the opposite with the use of specialty care services (OR = 0.62; 95% CI = 0.49–0.77). Poorly educated people visited FP less frequently than the highly educated ones. There were no social inequalities in the use of either FP or specialist services in the Republic of Srpska. The patients diagnosed with chronic noncommunicable diseases visited FP (OR = 3.90; 95% CI = 3.22–4.73) more frequently compared to those without the above-mentioned conditions. Both males and females who perceived their health to be good were less likely to use FP and specialist services in relation to those whose self-assessed health status was bad.

Conclusion. There are considerable demographic, socio-economic, lifestyle and health status inequalities in the use of FP and specialist services in RS. Reducing inequalities in the use of health care services in RS should be a priority in the future.

Keywords: use of health care services, family physician, specialist, health survey, the Republic of Srpska